

# わが国の精神保健医療福祉法制度と市民社会

——場の生成と社会化のプロセス——

緒 方 由 紀

## 〔抄 録〕

本稿では、わが国の精神保健医療福祉法制度におけるこれまでの精神障害者本人の位置づけとその不在をめぐり、次世代や共生社会にかかわり新たな思想的枠組みが必要であることを提示することが目的である。

そのため、法制度における歴史的な本人不在の問題を「病とその制度的対処」と「本人の中で起こる危機」とにわけて整理し、そうした一連の危機に対する価値転換が社会の中で迫られていることを1970年後半からのイタリアの脱制度化の経験をもとに検討を行った。そうした社会的課題の克服とは、現在の政策的課題の遅れの解消とともに、精神障害者が社会の中で市民として当たり前生きることの道筋を描くことにつながるものでもある。

キーワード：精神保健福祉法制度、精神障害者、本人の危機、場の生成、イタリア法  
180号

## は じ め に

平成25年第6次医療計画において「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病」に「精神疾患」が追加され5疾病となった（医療法施行規則第30条の28）。今や国民にとって精神疾患が特別なものではなく、疾患として幅広いだけでなく、それぞれ必要なケアも異なる。「メンタルヘルスを達成する道のりは長く、メンタルヘルスサービスやケアの軽視、人権の侵害、そして精神障害と心理社会的障害を有する人々に対する差別などの傾向を逆転させる必要があること」とWHO事務局長マーガレット・チャン氏は語っている（WHO：2014）。

2013年第66回WHO総会において包括的メンタルヘルスアクションプラン2013-2020が採択された。同プランでは“*No health without mental health*”を原則に、精神的に満たされた状態（*mental well-being*）の促進、精神障害の予防、ケアの提供、リカバリー促進、人権の促

進、精神障害を有する人々の死亡率、罹患率、障害を低減することを目標としている。その実現のための目的として5項目があげられているが、その上位2項目は「メンタルヘルスのためのより効果的なリーダーシップとガバナンス」「地域ベースの環境におけるメンタルヘルスサービスと社会ケアサービスの統合」である<sup>(1)</sup>。精神障害者のケアに関しては1991年国連総会において、「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」に関する決議がなされている<sup>(2)</sup>。この原則1の基本的自由と権利の項目において、すべての人は「可能な最善のメンタルヘルスケアを受ける権利を有する。こうしたメンタルヘルスケアは保健及び社会ケアシステムの一部を成す」こと、また「精神疾患を有する者、又は精神疾患を有する者として処遇を受ける者はすべて、人道的に、かつ、生まれながらにして持つ人間としての尊厳を尊重されつつ処遇される」とある。さらに「精神病患者は各々、世界人権宣言、経済的・社会的及び文化的権利に関する国際規約、市民的及び政治的権利に関する国際規約、障害者の権利宣言、あらゆる形態の抑留または拘禁の下にあるすべての者を保護するための原則といったような他の関連文書において認められているすべての市民的、政治的、経済的、社会的、文化的権利を行使する権利を有する」とも記されている。このように、メンタルヘルス推進の必要性だけでなくメンタルヘルスケアを必要とする人の有する権利を認めていくことの重要性について、国際的な流れの中で認識がなされていると言えよう。

ここでは、精神障害者が病気と障害とを併せもつ存在である前に、ごくあたりまえの多様な市民の一人であることから議論を展開していきたい。関連して市民社会をどうとらえるかということについては、時代として領域として、各々の課題を確認しつつ、社会の中での市民のありよう、とりわけ「市民ではない」とされてきた階層の理解が必要であると考ええる。これまでの種々の研究から明らかにされてきたように、近代市民社会の成立は、社会そのものの中に、その原理として経済成長への各人の貢献度によってさまざまな階層を作り出すとともに、一定の階層を排除してきた。その排除されてきた階層の中に、精神病患者が存在していたことも事実である。

精神保健医療福祉の法制度の変遷において精神障害者は、医療による保護が必要であることを科学的に、そして社会的に認知されたうへ形成されてきたと言えよう。しかし、精神障害者に対する人権侵害の訴えとともに支配や権力への異議申し立ての側面からの運動や活動実践は、精神障害があることを理由に、これまで失われてきた「人」としての権利を社会の中で獲得することを目指すものであった。だからこそ本人自身のリカバリーにも強く働きかけてきた。そうした実践に関与した人々とは、権利擁護としてあるいは代弁者としての側面を強調しただけではない。課題のある社会そのものを変えていくこと、そのためには転換すべき価値や規範がコミュニティにも社会全体にもあることを問いかけてきた。つまり、あるべき社会やコミュニティの役割を権力の集中から解き放ち、参加のプロセスとあわせて具体的に描くこと必要性である。

本稿では、まずケアの対象であると同時に排除の対象にもなっていた精神障害者を作り出してきた制度を概観する。その経過の中で排除の典型例として、司法が関与すべき存在、あるいは処遇困難、触法精神障害者への対処が迫られる医療の現実と、法制度の限界を示す。精神障害イコール社会の安心を脅かすものとみなされている限り、社会の対応は、わずかの可能性でも制限をかける方向に向いてしまいがちである。精神障害を一つの括りとして、社会から切り離してしまうことによる問題を構造的に明らかにし、社会全体の中でしくみを転換させていかなければ、制度においても日常においても精神障害者本人は置き去りにされたままである。

また社会の中で可視化していくこと、つまり本人不在を見逃さないとは、病をもつ個人としてだけでなく、社会の中で危機を位置づけていく覚悟とその道筋が必要である。最後に、それら社会化のプロセスとして市民的共感の場の生成と構成主体のありかたを手掛かりに、市民社会の姿をとらえていくものとする。

## 1. 法と精神障害

「医学的に疾病があろうとなかろうと、苦しみを訴えて医療機関を訪れる人は患者であり、疾病があっても治療を望まない人は患者ではない」という大原則のもと、「周囲が困るから患者にならなければならないわけではなく、本人が苦しみ混乱するから患者であってよい」というある精神科医のことがあ（岡上 1972-90-202）。1970年代当時、刑法改正問題の中で、精神障害の予防拘禁制度を新設しようとする動きに対し、病気かどうかわからない人まで治療対象に加え、漠然と精神の障害を規定し、精神医学を利用して困りものを掃除しようとしている社会への強い問題提起である。

病院を除いた社会のために医療があるわけではないと主張しなければならないほど、社会浄化の思想に妥協しすぎている精神科医療についてとりあげながら、医師である岡上自らは、病名らしきものを、人権をはかる物差しに使うとするものにはかならないと警告を発している。本章では、医療的保護が必要であることをどのように法制度上みとめてきたのかについて、整理を行う。

### (1) 医療的保護と社会による収容

法律の変遷は国の精神障害者に対する認識、精神障害者観の変化の反映であり、この変遷を辿ることは、今日の精神障害者施策の動向を理解する上では欠かせない。例えば精神病患者監護法の「監護義務者」がその後「保護義務者」「保護者」として、「代用病院」が、現行法の「指定病院」として受け継がれている。精神病患者監護法（1900）は、明治政府による各種法制度の整備を進めている過程で、刑法（1880）、民法（1890）に続く法律で全23条である。精神病患者の私宅監置を警察の許可制にして取り締まること、監護義務者を設けて監置の責任を障害者家

族に負わせることが記されている。この法で示された国の精神病患者観というものは、社会から隔離、監禁しなければならない存在とするものであり、患者の監視の責任を家族に負担させることであった。当時は、癲狂院内でも患者を鉄の鎖で拘束が義務づけられていた。

呉秀三らの「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」（1918）は、全国の監置の状況とともに、精神病患者監護法の廃止と国立および道府県立精神病院建設のための新法制定を訴えるものであり、1919年に「精神病院法」が制定されるが、上記要望に反し国立病院の設置を規定せず、また道府県に精神病院の設置を義務づけることなく、代用病院制度を設け民間病院は若干増加したものの、公立の設置は遅々として進まなかった。その上、精神病患者監護法を残したままであり、1931年精神病患者総数7万人余りに対し、収容数は約15,000人、病院は98施設（うち公立精神病院は6施設）、精神病院法適用による施設をもつ府県は3府17県にとどまっていた<sup>(3)</sup>。病院とそれを取りまく構造と概念は時代とともに変化しており（金川2015）、病人史を理解する上で重要なことは1938年まで厚生省はなく、精神病患者は伝染病患者とともに内務省の管轄であったことから<sup>(4)</sup>、取り締まりの対象、社会の中でうずもれていく精神病患者の姿をここでも確認することができる。

その後、旧二法がようやく廃止となり精神衛生法が1950年に制定されたが、1965年の精神衛生法一部改正に関する中間答申において、医療保障の拡大が必要であると次のような説明がなされている<sup>(5)</sup>。

現行では第29条の措置入院患者以外には、精神衛生法に基づく医療法の保障を行っていない。しかしながら精神障害という疾病に関しては、「人間としての人格の障害であって社会的存在としての人間性が損なわれており、自己の病状について認識を欠き一般に社会的適応性が著しく低いこと」「疾病の特質上社会的に家族の蒙る精神的、経済的な損害が著しいこと、等の理由により、これらの不幸な患者がすみやかに適切な医療を受けてその人間性を回復することに対し社会は保護者とともに責任を負うべき」「精神障害は、一般に病状の変化が比較的著しく、適正な医療が行われていないと措置入院する可能性が多いこと等をも勘案すれば、措置入院患者以外の入院患者及び外来患者に対しても当然医療費保障を行う必要がある。その場合、少なくとも入院または外来治療に要する費用の相当分を公費で負担することが必要とされる…（略）…。また、結核予防法第34条方式のごとく一定範囲の医療費のみを公費負担の対象とすることは、精神科医療の特質上これを採るべきではない」「措置症状のある者に対する現行の医療保護については、従来からの方針を一層強化し、要措置患者をもれなく入院措置するために必要な予算を十分確保することが必要」。（傍点筆者）

翌1965（昭和40）年の改正では、通院医療費の二分の一を公費負担する制度が新設された。

精神医学の進歩と同時に医療の保障の必要性をうたい、提供する医療施設が不足しているという事態が、当該改正以後、精神科病床を確保することを加速させただけではない。上記答申書にみられるように、精神障害についての記述もさることながら、社会は精神障害者が治療を受けることを保護者とともに責任を負うという考え方は、第1条「精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする」とも深く関連している。国民の精神的健康が究極の目的であり、そのために精神障害者は医療による保護が必要であることを示唆するものである。多くの国民のために精神障害者は治療が必要な人ととらえられ、自らが社会の中で権利を行使できる存在として認知はされていない。

精神衛生法から精神保健法（1987）、さらに精神保健福祉法（1995）へと変遷していく中<sup>(6)</sup>、法の目的が精神衛生法では「医療及び保護」であったのが、精神保健法では「社会復帰」が加わり、さらに精神保健福祉法では「自立と社会経済活動への参加」をうたっている。それぞれの時代の特色として、① 1960年代から抗精神病薬の開発、作業療法、行動療法などの病院内リハビリテーションの進歩、精神病の治療の進展、保健所の地域保健活動やグループワーク、② 1970年代の共同作業所、共同ホームなど地域で生活する精神障害者を支える活動の全国展開、③ 地域リハビリテーションの成果や、自立と社会経済活動への参加と具体的なしくみに対する要望が運動としても1980年代以降湧き起ったこと、等々のとりくみがなされてきた。これら影響を受けつつ法制度が整備されてきた側面もあるが、何より指摘できるのは、この間においても精神障害者が医療および保護を必要としている存在であることだけが強調され、障害者施策の対象として位置付けることがなおも遅れていたことである。1975年に国連総会で決議された障害者の権利宣言において、「障害者は、先天的か否かにかかわらず、身体的又は精神的能力の不全のために、通常の個人又は社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全に又は部分的にできない人のことをいう」とされ、「障害者は、この宣言において掲げられるすべての権利を享受する。これらの権利は、いかなる例外もなく、かつ、人種、皮膚の色、性、言語、宗教、政治上若しくはその他の意見、国若しくは社会的身分、貧富、出生又は障害者自身若しくはその家族の置かれている状況に基づく区別又は差別もなく、すべての障害者に認められる」とされているが、国内においては精神科医療を利用する精神障害者であるとの位置づけにとどまっていた。

1981年国際障害者年の後、1993年障害者基本法に精神障害が明記されたことにより、3障害は一元化されたが、知的、身体障害の施策と比較し、精神障害の福祉サービスの遅れを取り戻すことが課題ともなっていた。その後の障害者自立支援法、現在の障害者総合支援法において精神障害者は、福祉サービスの利用者であるが、果たして現状の法体系ではどのように組みこまれているのか、次節で概観する。

市民として地域で暮らすことが法制度上あたりまえでないとするならば、何が阻害している

のであろうか。逆に支えるしくみが機能するために必要なものは何なのかということが明らかにされなければならない。

## （2）精神障害者と法制度

### ① 精神保健福祉法における精神障害者

精神保健福祉法の正式名称は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律であり、第1条目的において、精神障害者の医療および保護を行うことについてはこれまでと同様維持されているが、「障害者自立支援法：（平成十七年法律第二百二十三号、現障害者総合支援法）と相まって精神障害者の社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への促進のための必要な援助を行う」と、障害者自立支援法との関係を規定している。続く第二条は国と地方自治体の義務規定についてふれたもので前条と同様に障害者自立支援法によるサービス体系との関係を「国及び地方公共団体は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定による自立支援給付及び地域生活支援事業と相まって、医療施設及び教育施設を充実する等精神障害者の医療及び保護並びに保健及び福祉に関する施策を総合的に実施することによつて精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をすることができるよう努力する」としている。「精神障害者の社会復帰、自立及び社会参加への配慮」として、第四条第1項で医療施設の設置者の努力義務について、第二項では、国、地方公共団体、医療施設設置者が相互に連携を図ることを規定している。

法に基づく定義として、「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者となっている（第五条）<sup>7)</sup>。精神疾患の範疇（国際疾病分類上）、措置入院の対象となる自傷他害のおそれの判定基準（昭和63年厚生省告示）、精神保健福祉手帳の障害等級の判断基準（平成7年厚生省通知）など、個々の制度や条文の対象となる精神障害者の範囲は、その一部又は全部であり、それぞれの制度や規定の趣旨によって要件が加わることなどから、本条の定義はあくまでも精神障害者の外縁を示しているにすぎない。精神保健福祉法の構成全部で57条のうち、保健及び福祉の章でとりあげているのは精神障害者保健福祉手帳と相談指導のみである。本法で多くとりあつているのは、精神医療の手続きとしての診察及び保護の申請、通報、入院等々、そして精神科病院における処遇等である。そこでの責任者として登場するのが、「都道府県知事（指定都市の市長）」「精神保健指定医（以下、指定医）」「精神科病院の管理者」である。第29条の入院措置では、知事（市長）は指定医の診察の結果、措置の要件を満たせば精神障害者を指定の病院に入院させることができる。都道府県（指定都市）における精神科医療体制に関する知事（市長）の責務に対し、精神科病院の管理者は、医療機関内の責任者として様々な権限と責任が明記されている。たとえば、病院内における処遇として「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を

行うことができる」（第36条）。一方、指定医は、「厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない（同条第3項）」とされ、なお「その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第一項の基準に適合していないと認めるときその他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない（第37条の2）」<sup>(8)</sup>とされている。そもそも指定医は、診察による判断を通じて、入院患者への医療の提供や保護を適正に行うことを職務として規定されている（第19条の4）。それに加えて第37条の2では、指定医が入院者の処遇改善のために精神科病院の管理者に対して行う報告等を努力義務として規定している。

精神科病院の管理つまり施設の管理責任とは、精神障害者の医療と保護を目的とする法律において、患者は医療施設のもとで管理される客体として位置付けられていると読むこともできる。一般的に精神障害の幅は広いにもかかわらず、精神障害者に対する精神医療の手続き上の諸規定を主たる構成とする本法は、保護の様相として、本人の意思によらない制限を体系的に設けており、医療および保護の範囲としても非常に限定的であると言わざるをえない。そのことは本人の医療機関内での処遇に対する請求権ともかかわる。精神保健福祉法第38条の4では、本人もしくは家族等が都道府県知事に対し、退院請求や処遇改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができるとしている。実際の審査結果はというと、厚生労働省によると平成26年度精神医療審査会への退院請求の総数2,437件に対し、入院又は処遇が適当であるとされたものは2,333件（95.7%）で、不適当であるという数値104件（4.3%）を大きく上回っている。過去5年間に於いてもほぼ同様の審査結果が出されている。

他には措置入院等の行政処分に関し、当該行政庁に不服申し立ての手続きをすることが認められている行政不服審査法<sup>(9)</sup>による訴えも可能である。しかし精神保健福祉法における精神医療審査会の審査結果に基づき、都道府県知事（指定都市の市長）は病院の管理者に対しその者を退院させることを命じもしくはその者の処遇の改善に必要な措置を採ることを講じなければならない（第38条5項5号）とあるように、仮に退院請求等が認められたとしても、病院の管理者にとっては退院命令、処遇改善命令は不利益処分になるため、行政不服審査法に基づく審査請求ができる。また、精神医療審査会の審査結果について現状を妥当とする都道府県知事（指定都市の市長）の請求者に対する通知は、事実行為であって行政処分ではないため、不服申し立てはできないとされている<sup>(10)</sup>。こうした精神医療の利用者側からの異議申し立ては、現況をもってして手段の脆弱性を垣間見ることができると言えよう。

## ② 精神障害者と労働

次に精神障害者が働くというあたりまえのことについて若干の課題整理を行いたい。

統合失調症の好発年齢は思春期から 30 歳ごろまでと言われており、発病の時期により働くことの機会を得られなかったり、あるいは働き続けることの困難があったりと異なる。

障害者の雇用施策は、「障害者の雇用の促進等に関する法律（障害者雇用促進法）」に基づき、障害者の雇用促進、職業リハビリテーションなど職業生活における自立促進のための措置を講じ、障害者の職業安定を図ることを目的としている。この法において障害者雇用施策は、事業主に対する雇用義務制度・納付金制度および障害者に対する職業リハビリテーションの実施の 2 つの柱からなっている。障害者総合支援法における障害福祉サービスによる就労支援事業などの他に、地域では、障害者に限定せずに働く場を作り出すソーシャルファームなども登場し、多様な働き方の提案がなされている。

繰り返しになるが、精神障害の多様性は、疾患としてのそれであると同時に、病を人生のどの時期に体験するかによって必要となる制度やサービスも異なってくる。従来精神障害者の社会復帰支援および雇用・就業支援の対象として描かれていた統合失調症への支援だけでなく、気分障害、発達障害、てんかんや高次脳機能障害も増加しており、対象となる精神障害者も広がっている。また精神疾患にかかり休職した人の職場復帰支援、精神疾患をもちながらも雇用から外されることなく働くための施策も必要となっている。労災補償として、仕事による精神疾患、自殺など、労災補償制度により一定の補償を受けるために、本人や遺族からの請求に対し、雇用側がその手続きを支援することも求められる。

職場環境とメンタルヘルスの視点から、「労働者の心の健康保持増進のための指針」（改正平成 27 年 11 月）が出されている。この中で、メンタルヘルス対策とは、事業所において事業者が講ずるように努めるべき労働者の心の健康の保持増進のための措置のことをいう（労働安全衛生法第 70 条の 2）としている。他にも労働安全衛生法改正によるストレスチェック制度を義務付けた「ストレスチェック制度の施行を踏まえた当面のメンタルヘルス対策の推進について」（平成 28 年 4 月通達）、平成 29 年 3 月通達「『過労死等ゼロ』緊急対策を踏まえたメンタルヘルス対策の推進について」では、メンタルヘルス・パワーハラスメント防止対策のための取組の強化等を実施することとされた。昨今の精神障害に関する労災請求・支給決定件数が増加傾向にあること、また企業内の過労による自殺事案が繰り返し発生するなど、過労死等の防止に対する社会的要請は高まっている。こうした課題に対し、事業所側への指導内容を盛り込みメンタルヘルスケアのとりくみを実施するというものである。平成 28 年に実施した「労働安全衛生調査（実態調査）」では、「現在の自分の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がある労働者は 59.5%（平成 27 年調査 55.7%）」、「ストレスとなっていると感じている事柄（主なもの 3 つ以内）は「仕事の質・量」が、53.8%（平成 27 年調査 57.5%）と最も多い」と結果が公表されている<sup>(11)</sup>。



このように、政策上労働環境におけるメンタルヘルスケアが欠かせないことを事業所が自覚していくことを安全配慮という形で責任を説き、障害者の働き方も選択肢が増えているように見える。しかし心を病むことが誰にでもあることが理解され、メンタルヘルスにおける予防が大事であるとの関心が高まり、メンタルヘルスケアが強化されるということは、病むことの回避に通じるものである。精神障害があることを理由に、働くことに負荷をかけない配慮として福祉就労の対象にはめ込む流れをあらたにつくってしまうことにもなりかねない。当然ながら本人の生活の維持と働くスタイルの選択には、就労支援事業を拡大していくだけでは十分ではない。

### (3) 精神障害による他害行為への処遇

精神疾患の発症原因や予後は不確かな要素を含むものの、治療による介入は個人の治癒や回復をめざすためにある。そして社会側は治療に大きな期待を抱く。それは触法精神障害者の処遇のあり方と関連している。「事件がおされば措置入院が注目されるのは精神科医療の歴史が物語っている（吉住 2016）」というように、「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム報告書」（2017）の中でも措置解除やその後の体制についての意見が多く出されていた。検証の中で明らかになった課題として、措置入院との関連では「当該容疑者は、退院後に、医療機関や地方自治体から医療等の支援を十分受けられていなかったこと」「入院中から措置解除後まで、患者が医療等の支援を継続的に受け、地域で孤立することなく安心して生活できる仕組みの整備が必要であること」が示されている。それを受け、再発防止策の方向性として「措置入院中から、都道府県知事等が退院後支援計画を作成（退院後支援の関係者による調整会議を開催）」「措置入院先病院が退院後支援ニーズアセスメントを実施。その結果を都道府県知事等に確実に伝達」といった内容が提案されている。

現在、厚生労働省は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」をすすめており、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築することをめざしている。ここでも「措置入院者の退院後の医療継続支援」が項目にあがっている。これまで医療保護入院者に対する退院支援策は、退院支援委員会や地域援助事業者との連携など、平成25年の精神保健福祉法改正で制度化されたが、措置入院患者に対して退院後の支援は特に定められておらず、措置入院の実態を把握と支援の必要性は、以前から指摘されていたことではある。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業要項（2017年4月）では、インクルージョンの理念を掲げ、精神障害者が、地域の住民として安心して自分らしい暮らしができるようにと目的が記載されており、既述の事件の検証課題と防止策の内容とも重なり、退院後の治療継続を地域の中ですすめるための人員配置など急速に展開している。

他人に害をおよぼすおそれだけでなく、自身を傷つけるおそれがある場合、治療を拒む精神

障害者に対し、医療を強制的に提供するか否かの判断を求める申請通報制度がある。精神障害者申請通報届出数、措置入院患者数及び医療保護入院届出数<sup>(12)</sup>は厚労省によると平成 28 年度の一般・警察官等からの「申請通報届出数」は 28,346 件で、前年度に比べ 2,424 件（9.4%）増加している（表 1 参照）。これまでも措置診察の申請となる通報は、都道府県によって適用に差がみられることは指摘されてきた。措置診察、措置入院者の割合に比べ、警察官通報件数が上回っている県も存在している。

表 1 精神障害者申請通報届出数、措置入院患者数の年次推移

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
申請通報届出数（件）	21,046	23,177	24,729	25,922	28,346
措置入院患者数（人） （各年度末現在）	1,531	1,482	1,479	1,519	1,502
申請通報届出のうち 診察を受けた者数（人）	9,077	9,404	9,094	9,484	9,775

（出所）平成 28 年度衛生行政報告例の概況 精神保健福祉関係より筆者作成

さらに、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（＝以下医療観察法）」が 2003（平成 15）年に成立したことにより、強制力の高い治療の枠が増えた。医療観察法第 1 条は、対象者に対し、治療により再犯防止と継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。第 42 条第 1 項では、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合、医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定を裁判所はしなければならない」としている。医療観察法の処遇中であっても終了後であっても、対象者が求めることができる権利のひとつは社会復帰することにある。それぞれの対象者に対し「社会復帰を見込める臨床的改善が得られたため、医療観察法での通院処遇に移行が望ましい」、「これ以上の臨床的改善を望めないが、精神保健福祉法での入院継続が望ましい」、「疾病として医療観察法になじみにくい」といった医療的判断のもと申し立てが行われることになる（日本精神神経学会 2014）。しかし手続きにおいて、本法の対象者が指定通院医療機関で医療を受ける場合、精神保健福祉法による入院を妨げない（第 105 条）。精神保健福祉法の入院と医療観察法の通院医療を併用する人が実際に存在する。

措置入院と医療観察法による処遇は、他害行為のリスクを持つ精神障害者に対する制度であるものの、小池ら（2009）の東京都内の自治体病院を対象にした調査では<sup>(13)</sup>措置入院と医療観察法の選別が必ずしも明確に行われているとは言えない現状が推測される。二法の関係性やそれぞれ制度上の意義を論じることが本稿の目的ではないが、強制治療という手段によって精

神障害者をそれぞれの目的に応じて処遇されるとしても、精神障害者を分断するしくみとなっていることには違いない。周知のように、医療観察法の治療については、大変手厚い人員により、ステージごとの個別のプログラムが実施されている。医療観察法制度に関する反対意見は当初から数多く出されており、制度そのものの必要性を問うものや、実際の制度の運用実態が不明であること<sup>(14)</sup>等々である。それぞれの制度ならびに対象者の処遇に関する比較分析は別の機会としたい。しかしこれらいずれの処遇であっても、社会復帰、社会参加をめざす精神障害者であることにはかわらない。なおも強制治療を有効とするのは、医療観察法という対象者による対象行為、精神保健福祉法では自傷他害のおそれという本人の中にある危機である。

ここまで、日本の精神障害者を、医療による保護が必要な精神障害者、障害福祉サービスを利用する精神障害者、社会経済活動に参加する精神障害者、強制治療が必要とされる精神障害者、それぞれの法制度との関係から整理をし、精神障害者といっても一括りにはできないことを確認した。ケアの歴史の中で、警察から医療、そして福祉が加わり、一見社会的な支援の広がりを感じさせ、それぞれ関与の方法は異にしながらも、警察と医療、医療と福祉といった連携の中で、今も支援がなされている実情がある。精神障害者を専門的かつ保護的なかわりが必要であり、福祉サービスの対象者であると、限定的にとらえてしまう傾向が社会にはある。それは、既述の対「人」、対「社会」への暴力性に関して、精神医学上の有効性を認め、個人を社会から切り離すことの根拠になっていた。しかし、社会における存在としての排除、処遇面においての権利侵害は本来あってはならないはずである。

次章では危機に対する個人と社会の問題をとりあげていく。

## 2. 精神障害と危機

### (1) 精神疾患と危機への対応

「危険性」とは何か

先の医療観察法は対象者が同様の対象行為を行うことなく、社会復帰を促進するために治療にのせるしくみであるが、危険性をどのように法制度は判断しているのだろうか。

フランスの司法精神医療に関して「保安監置および精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告に関する2008年2月25日の法律」（以下、2008年法）は、危険性の本質を議論の俎上に載せた法律であると中谷他（2012、2015）や大島（2012）らの論考がある。

2008年法では、再犯の危険性が認められる者を刑期終了後も隔離できる「保安監置」が新設された<sup>(15)</sup>。2011年には入院以外の選択肢を含む「同意によらない治療」や医療処遇に関する裁判所の権限などが定められ、一般医療の内部に被拘禁者の専門入院施設 UMD (unite pour maladies difficiles 困難患者病棟) が創設されるなどの体制がとられるようになった（中谷・蓮澤 2015）<sup>(16)</sup>。こうした処遇困難な患者に対し、施設の増設や医療に司法のシステムを

重ねることは精神科医療に隔離機能と司法化の判断を再び負わせることになるのではないか。保安監置における「危険性」の評価を精神科医に委ねることはかねてから疑問視されてきた犯罪と精神障害の同一視に基づく。フランス高等保健機関は統合失調症および気分障害の患者の暴力リスク因子の評価に関する報告書を公表し、危険（danger）を「人もしくは物の安全と存在を脅かすか、損なうもの」と定義したうえで「精神医学的危険性」と「犯罪学的危険性」の区別を試みている。前者が「精神疾患の直接的表出と結びついた症状的現象」であるのに対し、後者では「行為化の発生を促進しうる環境的、状況的要因の全体が考慮されなければならない」とする（中谷・蓮澤 2015）。

保安施設をめぐる議論は、公共への危険性を理由に個人の自由剥奪が許されるのかという問題提起が以前よりなされてきた。日本にはこれらに相当する施設は制度上存在しないが、1964年に発生したライシャワー大使事件の後、精神衛生法改正の議論においても、何度も俎上にあがった（青木 1993、吉川 1973、岡田 1972 他）。医療観察法の法案審議では、要件となる「おそれ」についての議論のなかで、「同様の行為を行うことなく社会復帰を促進する」という文言に替えられた経過がある。司法化という言葉に示されるように、刑事司法や政治との関係において精神医学が守勢に立たされている事態の裏返し（中谷・蓮澤 2015）と捉えることもできる。何らかの精神症状が、医療の範囲を超えて今後において危険なこともあるから、施設収容もやむなしというのは、果たして社会の中で正当性を持ち得ているということができるのであろうか。危険であることが、何と結びつきイメージが作られていくのか。社会の中で形成されるスティグマへの関連について整理を行うと同時に、当事者の中では、危険であるとみなされる状況において、一体何が起こっているのか。当事者側の思いをとりあげていく。

## （2）精神障害とスティグマ

精神病がもたらす本人へのまなざし（他者の視点）と本人自身、家族がかかえるそれとは、まったく別のものとは限らない、重なっているが故に自分自身を排除する方向に向かう。それは、排除にむかう要因が、医療的保護の必要な存在であるからだけではなく、別のファクターが介在している。まず疾患と障害の社会的イメージによる影響を考えていきたい。

### ① スティグマ研究の成果と地域での実践

スティグマとは、古来においては奴隷や罪人へ刻印された烙印を意味し、現代においては社会が障害者や疾患をもつ者に対して刻印されたイメージと負の影響を含めて概念化したものを意味する。その構成因子は知識、態度、差別意識の3つである。刻印の対象は直接関係する者だけでなく不特定多数にわたり、本人にも烙印が刻まれる。そのために、自分が精神疾患に罹患した際には自分自身が苛まれる。さらにスティグマは不公正な政策、慣習や法律によって社会構造レベルでも生じうる。精神疾患についての自身の思いであるセルフスティグマやパーソン

ナルスティグマ、社会が精神疾患についてどう思うかに関する個人の思いであるソーシャルスティグマ、パブリックスティグマ、そして知覚されるスティグマに分けられる<sup>(17)</sup>。

武内ら（2017）はスティグマ研究をレビューし、スティグマと関連する要因性別では女性よりも男性、年齢では高齢者よりも若年者の方がスティグマは深刻であること、さらに統合失調症の知識を多くもっていると自認しているほど、スティグマが深刻化することを明らかにしている。

スティーン・P・ヒンショー（2017-249-250）は、精神疾患に一般市民が否定的な反応を示すことは無理からぬこととしている。スティグマ付与の一部は知覚者による自己保存であり、精神障害で示される行動も、精神障害というラベル自体も社会的観察者には脅威を意味することがある。であるからこそ、脅威の性質を掘り下げる必要があることと、知覚者が伝えるメッセージとそれに対する犠牲者の反応によってスティグマは形成されることになる。

しかし、より精神障害者本人にスティグマの影響を与えることになるのが、知識の集積場所である医療施設である。堀川（2017）は「刻印のごとく、精神疾患の多くはスティグマを容易に消し去れぬ。ゆえに精神科医療そのものがスティグマを内包する。そしてそのスティグマが収容主体の『精神病院』の誕生、存続を許す力ともなっている」と述べている。精神障害者がまちなかであたりまえの暮らしを築くことが困難なのは、精神疾患を有するからというだけでなく、精神科病院に対する社会のまなざしでもある。スティグマの付与は病院の内と外とを隔て、緊張関係も生じさせてきた。精神科病院に対する受け入れ難さは地域コミュニティにも、本人の病の歴史にも影響を及ぼすものである。医療機関と地域との関係づくりは、暮らしの場、働く場であるその地域の文化を醸成していく上で欠かせないものである（佐久間 2017）。

### （3）本人の危機と「疎外」

精神障害者が精神症状により混乱し自分が崩れていく危機的状況を他者である我々がどのように、記述することができるのであろうか。本人の手記は、発病の前後の様子とその後のエピソードを凝縮したものが多く、それを手掛かりに想像することしかできない。入退院を繰り返す間に何十年も年月が流れていく。その間、病院の中で、あるいは外で、本人が時間を共有する相手は誰だったのか。本人の危機を症状として、カルテへの記載以外に、生活の中で受け止めてくれる人がその時々いたのであろうかといった疑問が湧いてくる。本人が体験する自分が自分でない状況、環境とのずれのようなものが診察の前何年も持続していたことを知る。そして、治療の場面で受ける外傷体験もある（K.A.Huckshorn 2010-50, NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会 2015, 109-117）。医療の枠に本人が入った途端、続いて患者としての体験を強要されることになる。

当事者研究で有名な「べてる」のメンバーたちが暮らすのが、北海道浦河町である。

「浦河という町で最も惨めなことは、精神病を患い、浦河日赤病院の精神科病棟である七病

棟に入院すること」（向谷地 2008-186）。この病院に 37 年間入院していた Y さんは、10 代の頃病院の道一本挟んだ向かいにある高校に通っており、校庭から 7 病棟の患者達が格子のついた窓越しにこちらを見ている様子が観察できた（中村 2014-190）。入院中に知り合った仲間が退院し、べてるのメンバーになっていき、Y さんは次第に病院内で孤立していった。「お願いだから病院にいたい」と主治医に懇願し、ますます人を避け自分の内側に閉じこもるようになり、自分の身体や病室の壁に呪文のような数字や文字を書き連ね、外の脅威から身を守っていた（中村 2014-192）。外の世界には、Y さんが退院したいと思わせるものが何もなく思えた。ここまでは日本の精神科病院の共通の風景でもある。Y さんの場合は、べてるのメンバーがピアサポーターとして毎日病院にいる Y さんを訪ね、2 年後退院を決意する（中村 2014-194）。

精神科病院を退院するのが難しいのは、病状が安定していないことだけではない。社会資源の不充分さや地域で暮らすことに本人は不安だからという理由があげられる。本人が病院の方が安心だと言え、本人に強力で退院をすすめることはよくないのではないかと、援助者側は躊躇する。社会的入院がこうした善意によりつくられた側面もあるとするならば、退院できないのは本人の状況によるということにおちついてしまう例が幾つもあったのではないであろうか。病院から地域に出ることに際し、障害者側の適応が問題になるととらえる傾向がある。精神病者の社会復帰が可能になったら、その社会復帰は回復した人々を社会が必要とすることで始めて実現する（ミケーレ・ザネッティ他 2016-186）。

1970 年代のイタリア精神保健改革の中心的存在であった F. バザーリアの思想を受け継ぐものに、施設における構造的問題がある。それらについてさまざまな論考がみられるが、患者として対象化されていくことが、本人にとって病気の症状以外の危機となることを社会の中で認識されるべきであることを訴えている。バザーリアは、1969 年に「危機とアイデンティティ」という論文の中で「病気を抽象的に定義し、病気の形態を成文化しようとする精神医療によって患者は孤立させられ、無視されている」「患者をわれわれの世界から遠ざけることによって、われわれは彼を彼の現実世界から追い立て、彼の生活史や環境や彼自身の人生からも孤立させられた対象物にしてしまっている」（シュラミット・ラモン 1992-364）と伝統的な精神医療がもたらす力関係について述べている。精神病院がいわゆる「狂気」だけでなく、貧困と権利の剥奪もかかえている（シュラミット・ラモン 1992-391）ことの指摘と、そうした危機にある人は精神医療制度に入ってくることが多い。その制度の中で最後の行き場が精神病院であること、症状が重ければ重いほど病院に頼らなければならない社会であることにも言及している。

疎外や孤立という感覚は、集団や社会とつながっていないことを実感しているからこそ痛みとして感じるものである。その感覚がもてなくなるのは、生活の実感や希望がもてない状態であることも予測される。施設の患者について次のように描写がある。「施設の中で患者は精神

医学の『対象』となり、医師の側から診断が下される。次に職員が行う一連の医療処置の『物体』となる。こうしたプロセスの中で患者は『自分自身を完全に見失ってしまう』、つまり自らの存在がもはや主体ではなく『客体』となっていくことに気付く。こうして施設内では、『対象化・物体化・客体化』という三重の意味での“モノ化”のメカニズムが作動していくことになる」（鈴木 2015-140）

バザーリアらの精神保健改革、運動のひとつの特徴は、「精神病院を患者の障害を理解せず治らないものとする文化によって、患者が抑圧され、隠蔽されるところから、患者のニードが発見されるところへと変えていくことに焦点をあてる点にある」（シュラミット・ラモン 1992-391）というように、病院そのもののみられ方が、本人の実像を見えなくしてしまう側面がある。その上症状や障害を了解不能なものとなってしまうと、本人のなかに生じる危機に関心が向けられることが疎かになるであろう。

### 3. 危機に対する社会の場の生成

#### (1) バザーリアとイタリアの経験

精神障害者像というものが、各時代での病のとらえかたとかかわり、病者に対するステイグマの付与という形で、それを抱え込む病院の構造からも形作られてきたことがわかる。

病院に頼らない1970年代から始まったイタリアの精神保健改革は法律180号、通称バザーリア法と呼ばれ知られているが、この改革に関する論稿が日本でも数多く紹介されている。バザーリアと同時代に改革に携わった側からの視点（バザーリア 2017；ザネッティ、パルメジャーニ 2016；レンツォ・デ・ステファニ、ヤコボ・トマーゾ 2015；シュミット、G. 2005；ジャンニケッダ他 1992；他）、バザーリアの思想、哲学、イタリア精神保健改革を読み解こうとするもの（松嶋 2015, 2014, 2011, 2009, 2008, 2003, 鈴木 2015, 石川他 2012, 中嶋 2011, 美馬 2010, 水野 1996 他）などがある。イタリアの精神保健改革から学ぶこととして脱病院化、脱制度化の思想と方法があげられる<sup>(18)</sup>。

法律180号バザーリア法の流れは<sup>(19)</sup>、1904年36号法に対する改正である。1968年431号法により自発的入院が認められたほか、精神科病院の縮小と地域精神医療へのシフトが謳われたこの通称マリオッティ法が歴史的にも重要となるが、その背景に1960年代前半からイタリア各地で精神医療の問い直しの動きがあったことにも注意が必要である。バザーリアが1961年に県立精神科病院の院長として赴任したゴリツィアをはじめ、ナポリ、パルマ、ペルージャなどの各都市で相前後して改革の動きが起こった。それは精神科病院を純粋に治療目的とする施設に変える、という当初のイタリア精神医学会の思惑を大幅に超えたものとなった（松嶋 2008, 2009）。つまり、「よき病院」から「よき地域」へ、という転換である。その基本目標は① 集団のみならず個々の病者の権利を守るという観点から、精神疾患を犯罪処罰規定から外

し、強制治療（TSO: Trattamento Sanitario Obbligatorio）を法的に規定する。② 精神科病院を閉鎖することにより、病院収容の慢性化誘引を取り除き、社会の中で回復することを容易にする。③ 利用者が簡単にアクセスでき、複数の専門家の境界横断的な相互作用にもとづいた統合的なかわりをめざす、地域に拡大された支援モデルを推奨する、というものである。

社会の側が変革を受け入れるには相当な時間がかかるが、社会が何を引き受けるかということは、地域側が何を承諾するかということとかわってくる。かつてバザーリアらの改革で議論のひとつは、行政的見地からの精神科医療施設を縮小する「脱病院化」であり、いまひとつは「脱施設化」であったという。前者は治療者と患者との関係、後者は精神科医療施設と社会との関係の見直しである（MG ジャニケッダ 1992, 60-61）と改革に対する二つの葛藤を説明している。そうした現実を引き継ぐのが近年のイタリアの精神科医療の新たな動きである、司法精神病院の廃止である<sup>(20)</sup>。地域の中で触法精神障害者の治療・更生を行うための取り組み（REMS）がプログラム中心に行われている。精神保健センターを中心に地域の中で触法の精神障害者を支える、再犯を防ぐものである。

## （2）危機の社会化と場の構成

ここまでの検討において、精神障害者の病の体験は①治療の実際場面において ②さまざまなスティグマによる社会から、③治療関係、病院といった構造的な側面から、幾重にも外傷体験による苦悩を重ねていること、そしてその対応は人への接近ではなく、症状としての危険性に対し制度が関与するしくみになっていることを確認してきた。これは明らかに市民として本人が治療をするということや市民としての責任を負うためには何が必要かという図式にはなっていない。また本人の苦悩や危機に対する本人参加による社会化という方法の選択肢をもつものでもなく、医療や法制度の中で客体化され、閉じ込めたままでの対処である。ならば支配構造を生み出す施設や制度に頼らないイタリアの経験を積極的に取り入れるならば、まずは場を構成することが考えられる。

松嶋（2009a, 2009b）は、生きる場所としてのテリトリー「地域 territorio」について、境界がくっきりと確定されたものではなく、個々の「生きもの」の生きる行為とともに、日々、新たに動的に生成されるような空間であると表し、イタリアにおけるスローフード運動と精神保健改革運動が見出したその概念を説明している<sup>(21)</sup>。イタリアで問題になっていたのは、精神科病院を廃止するかしないか、精神科病院の内か外か、という単純な二分法ではなく、具体的におおの「テリトリー」の形成にいかに関与するか（松嶋 2009b）ということである。

日本の精神障害者ケアの歴史において、内と外があいまいな空間が存在していたことを見直し<sup>(22)</sup>、わが国の精神医療の近代化を治療の「場所」から、治療の「空間」への変化とみることができる（橋本 2017）。日本の伝統的治療実践であった富山県大岩の日石寺の滝治療に注目



し、その自然地理的環境という舞台に支えられて、家族や強力、僧侶、巡査らの地域社会の関与とともに精神病者の治療が行われるという共同作業は、近代化とともに失われてしまった要素である。つまり、近代化の象徴としての病院は、そうした場所の固有性とは本質的に異なる処遇環境である。多くの治療が必要な患者を受け入れるにはたくさんの空間をつくりだすこと、外界と遮断され、覆い隠されている、違った意味での場所化が必要である。

違った意味を構成する場所をいかにつくるか。精神障害者が自分のことを語る機会がずいぶん増えている。それは社会の中で声を発する人たちの場所ができてつつあるからであろう。しかし当事者側からは

「大多数の精神障害者の人たちは羊みたいに沈黙してるんですよ。発病以前はよくしゃべってたのに、言葉を失っている人、自分の言いたいことも言わなくなった人たちが、またはなんでも人に任せてしまう人たちが、社会的入院の人たちにいっぱいいるんです。自由意志を持てなくなった人たちがいっぱいいるんです。そういう人たちに言葉を開く、失った言葉をもう一回取り戻すトレーニングをしなければ、社会の中で生きていけないと思うんです。自分は何をしたい、何がほしい、そういうことを言う作業、トレーニングを、リハビリテーションでしてほしいと思います。それをしなければ復権はないと僕は思う。言葉ってツールを使えるように訓練するのがいちばん早道だと思う（NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会 2015-174）」

上記当事者は言葉を出すことを、家族に対してもすすめている。「本人と本人」「本人と家族」「本人と市民」「本人と専門職」これら組み合わせにおいて本人との対話の蓄積がこれまでなされてきたであろうか。地域や日常の場面で、本人の話を聴くという機会をつくらず、また経験してこなかったがために、当事者本人の語りが、克服経験としてしか社会の中では受け止められていない。上記のように多くの当事者の沈黙を社会の中で引き受けるとは、何重もの外傷体験をはがしていく作業でもある。医療や制度の内と外を媒介する場所を創り出すことによって「内」も「外」もともに変わっていく、精神科病院の「外」も、制度の観点からすれば、制度の「内」なのであって、「よき地域」とは、単に地方自治体レベルで精神保健サービスが充実しているということにとどまらず、住民との間に具体的で顔の見える「つながり」があるということを含んでくる（松嶋 2009b）。

「べてる」のメンバーが自分の病気を言葉に置き換える当事者研究は、それぞれの過去から現在にいたる危機と不安について考察をするだけでなく、苦勞の意味や状況を自らが病名をつけて反映させる。これは苦勞を自分のものにするプロセスでもある<sup>(23)</sup>。さまざまな苦勞を抱える精神障害者であっても、起きてくる苦勞への自己対処の方法を考え、練習をする。まわりの人たちは「自分を助ける」というプロセスを側面的に助けてくれる役割をもっているに過ぎ

ない（べてるの家 2005-005）。だからこそ症状が改善するとか治るということは別の苦勞を背負うことになる<sup>(24)</sup>。脱制度化が、空間の限定と時間の秩序化という論理の「外」に出るために市民としての経験を社会の中で積むことだとすると、自らの苦悩を引き受ける力をもつことも大きな条件ともなってくるであろう。

## お わ り に

精神病患者・精神障害者のケアの変遷は法制度の改正と関連法とともに整備されてきた。警察に届出る監護から、医療による治療、リハビリに加え福祉が遅れて登場し、障害者の生活支援にステージを映してきた。2000 年以降病院中心から地域を基盤とする施策・事業が掲げられてきたものの、内から外への場の移動やサービスの量が確保されれば、まちであたりまえの生活が実現することになるわけではない。ここまで確認してきたように、精神障害者に対する法制度の位置づけは、市民として活動する権利と義務とを有する存在であるという認識からかけ離れていたことでもあろう。現代社会では精神疾患に誰しも罹る可能性がある。罹患することで多少なりともこれまでの生活の連続性が絶たれることになり、そこからの再建とは精神障害であることが課題なのではなく、市民として生きる上での課題である。

本稿のテーマである市民社会と排除との関係でいえば、地域課題の発見として市民セクターの登場と、事業体以外の機能を有するセクターの意義の検討<sup>(25)</sup>が一層求められる。ここでは精神障害者の問題が、医療の中の問題なのではなく、市民社会の中で当事者性が発揮されること、他者との問題共有のための重要なプロセスに位置付けていくことを可能にするからである。そして地域活動の拓かれた多様な参加者の土台を作るには、中間組織としてのセクターの役割が、テーマを閉じ込めないという形においても今最も求められているからである。

### 〔注〕

- (1) その他の目的には、③ プロモーションと予防のための戦略の実施、④ 情報システム、科学的根拠と研究の強化をあげている。そして③の中に、2020 年までに世界の自殺死亡率を 10% 少なくするという達成目標を示している。そして、その達成状況を第 68, 71, 74 回 WHO 総会に報告するとなっている。
- (2) この国連のケア原則と関連して、1996 年 WHO は精神保健ケア法の基本となる 10 原則をリストアップし、さらにその実施について注釈を加えている。  
MENTAL HEALTH CARE LAW: TEN BASIC PRINCIPLES with Annotations Suggesting Selected Actions to Promote their Implementation Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse World Health Organization Geneva, 1996  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/75.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf) (2017.10.12 閲覧)
- (3) さらに昭和 6 年末、精神病院法適用による入院患者の内訳は公立病院 1,535 人、代用病院 2,055 人に対し、精神病患者監護法適用による患者は 10,605 名、その他 59,536 名であったことが報告されており、精神科病床の数が不足していたことを示している。『精神保健福祉行政のあゆみ』P.7 中央法規 (2000)

- (4) 金川（2015-11）警察の隔離拘束の対象には伝染病者も含まれていたため、警察官は全国の隔離施設である避病院に精神病患者を強制入院させることもあたりまえだったことを紹介している。行政警察と呼ばれていた内務省は、1947年に解体されるまで大きな権限をもっていたとされる。
- (5) 「精神衛生法改正に関する答申書」昭和39年7月25日精神衛生審議会答申
- (6) それぞれの条文は以下のとおり。  
「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする」（精神保健法第1条目的）  
「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする」（精神保健福祉法第1条目的）
- (7) 従来から、精神障害者の定義は医学上と法制度上では意味に乖離があり、医療現場で混乱が生じる傾向がみられていた。平成5年の改正前までは「精神病患者、精神薄弱者、精神病質者」を法の対象者としていたが、平成5年改正で「精神疾患」の用語を用いて定義規定の表記を変えた。実際、医学上精神疾患に該当するかどうかは、思考、現実認識、意思疎通、記憶、感情表出、問題対処等の機能が損なわれていることによって判断されている。精神保健福祉研究会『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規（2016）P67-69
- (8) 平成11年の法改正時に新設された、指定医の努力義務に関する規定である。
- (9) 精神保健福祉法における処分決定の行政不服審査法への申立内容は、多くが精神保健福祉手帳の交付決定の等級によるもので、そのほかに措置入院処分に関する取り消しなどがある。あるいは障害者総合支援法による精神通院医療にかかる自立支援医療費の指定医療機関を追加する旨の支給認定の変更の申請に対し、変更の認定をしない旨の行政処分を不服とする申し立てなどがある。詳細は以下のデータベースを参照のこと。  
行政不服審査裁決・答申検索データベース <http://fufukudb.search.soumu.go.jp/koukai/Main> (2017.10.28 閲覧)  
また、総務省によると、平成26年度の政令指定都市における行政不服審査法に基づく異議申し立てのうち、精神保健福祉法における不服申し立て件数は140件で、前年度未処理の分とあわせて145件であった。その処理内容は、認容27件（18.6%）、棄却78件（53.8%）、却下40件（27.6%）である。  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000392069.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000392069.pdf) （2017.10.28 閲覧）
- (10) さらに行政手続法との関係において、全ての退院命令及び処遇改善命令のうち、不当な隔離や身体拘束等に係るものについては患者の身体及び自由に直接影響を及ぼす可能性が強く、緊急に対策を講じる必要があるため、行政手続法第13条第2項第1号に該当することから、弁明の機会の付与の適用除外とされている。精神保健福祉研究会『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規 P447（2016）
- (11) 厚生労働省「平成28年労働安全衛生調査（実態調査）」は、事業所が行っている安全衛生管理、労働災害防止活動及び安全衛生教育の実施状況等の実態並びにそこで働く労働者の仕事や職業生活における不安やストレス、受動喫煙等の実態について把握し、今後の労働安全衛生行政を推進するための基礎資料とすることを目的とするものである。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/h28-46-50b.html> （2017.10.25 閲覧）
- (12) 厚生労働省衛生行政報告より。ちなみに平成18年は通報16,113件、措置診察8,024件、措置入院件数5,524件である。
- (13) 小池純子、森田展彰、針間博彦、中谷陽二（2009）らは、措置入院の現状を、医療観察法施行の影響に着目しながら明らかにする目的で、平成16年7月15日から同19年7月14日までに、東京都の一自治体精神科病院に措置入院をした664名のうち、措置入院当時の情報が不明瞭である8名を

除いた 656 名について実態を調査し検討している。措置入院と医療観察法の選別が必ずしも明確に行われているとは言えない現状が推測され、法制度上の体系的な関連を再検討することにより、両者の関係を明確にすることが適切な医療の提供に繋がると結論付けている。

- (14) 2010 年 3 月 18 日日本弁護士連合会「精神医療の改善と医療観察法の見直しに関する意見書」この中で、医療観察法改善策の具体的内容として以下 11 点を挙げている。

1 処遇要件の明確化、2 対象の限定、3 付添人の関与、権限の拡大・強化、4 鑑定入院中の医療と対象者の不服申立規定の整備、5 保護観察所の関与をなくし、社会復帰調整官の基本権限の明文化、6 医療と社会復帰促進の法として、特に、通院医療機関と社会復帰策の充実、7 裁判官関与の構造の再検討、8 原審判断が治療可能性について誤った場合の救済措置の新設、9 再審規定と補償規定の新設、10 対象者の権利保障等の充実、11 刑事手続と本法による審判手続が重なる不利益の解消

一方、日本精神神経学会・法委員会からは、医療観察法施行 5 年後の国会報告は、運用の実態を把握するためには不十分なものであったことから、今後の医療観察法とその運用を検討する上で重要と思われる項目について調査を実施している。

- (15) この 2008 年法は「精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告」が下された者について、治療を必要とし、人の安全を危うくするか公共の秩序を重大に侵害することが証明されたならば、裁判所が職権入院を命じうることも定めている。従来は知事の権限でなされた措置の一部を司法の権限に変更したものである。この規定はヨーロッパの多くの国で制度化された「保安処分」にあたる。一般に保安処分とは再犯の危険性を要件とする隔離など、「何をする可能性があるか」を基準に自由を剥奪する処分とされている。例えばドイツの保安処分は、精神障害者を対象とする精神科病院収容や、責任能力とは関係なく再犯危険性を要件として命じられる保安監置などから構成されるという（中谷他 2015）。

フランスの精神医療の特色は、人口 7 万の地区のセクター（sectorisation）で同じ治療施設・治療チームが早期発見、院外治療、入院治療、入院後のフォローなど治療継続を保証する治療システムで 1986 年に法的に整備されている。2011 年の法改正で、24 時間、72 時間、15 日と早期に非自発的入院の妥当性を判断する入院システムの導入と非自発的入院の継続に関して司法側からの判断が重視されるようになった。また入院だけでなく精神科治療におけるどのようなプロトコルが必要かという医学的判断が求められるようになった（大島、阿部 2012）。

- (16) この背景には刑務所などにおける精神障害者の増加、セクター制のもとで開放化された医療における攻撃性をもつ患者への対処能力の低下、患者による殺人事件で主治医の刑事責任が認定された裁判の例なども影響があるとしている（中谷他 2015）。

- (17) 武内治郎、阪上優（2017）らの整理による。

オーストラリアおよびドイツで施行された国家規模の調査において、いずれもうつ病と比較して統合失調症に対するスティグマの深刻さが認められた。また、メタアナリシス研究においてうつ病や他の精神疾患は社会的距離と関連を示さなかったのに対して統合失調症は関連を示した。ここでの考察は、社会的距離の原因として、統合失調症自体の症候である奇異な言動や了解不能さが他者からの危険視に結び付いていることが挙げられる。加えて、前述のドイツで行われた調査において 1990 年と 2011 年のスティグマを測定して比較した結果、うつ病には浅小になっていたのに対して統合失調症には以前よりも深刻になっており、「統合失調症は脳が原因の疾患」と考えた人の割合は 53% から 62% に増加していた。その他、統合失調症の生物遺伝学的要因モデルと社会的距離および社会的な受け入れの拒絶との関連はシステムティック・レビューやメタアナリシスを含め多数報告されている。これらより、統合失調症の病因として生物遺伝学的要因が解明されつつあることが、スティグマをより深刻にさせていると考えられる。

- (18) そのほか、病院の内部にある権力、制度的権限、治療の力、知識人としての力、カリスマ的力、架空の力（ジャンニケッダ他：1992, 364）についての論稿もあり、前述のスティグマを引き起こす構

造的要因との関連においても示唆に富むものである。

- (19) イタリア 1968 年法 431 号により精神科への自由入院を認めるようになった。ここでの法制度については主に次の文献から整理を行った。
- 水野雅文（1996, 2017）松嶋健（2011）日本弁護士連合会（2014）
- 1904 年第 36 号は法案提出者である首相の名である「ジョリッティ法」と呼ばれ、精神科病院収容の条件は「自傷他害の危険性と社会の安全の防衛」となっている。精神障害者の治療よりも社会の側のセキュリティが優先され、それはたとえ患者が入院を希望しても、社会的危険性が認められなければ入院が許可されなかったことがわかる。イタリアの精神科病院は大部分が公立であるが、ジョリッティ法は公立・私立にかかわらず適用され、監督行政機関は内務省であり、精神科病院への入院は当該人物の犯罪歴に書き加えられていたという。
- (20) この改革の源流にあるのは、司法の精神病院の非人間的な処遇である。司法精神医療改革をキャンペーンとしてとりあげている以下の HP を参照のこと。
- “Noi, sopravvissuti agli ospedali psichiatrici”: viaggio tra i malati usciti dagli Opg （2017.10.28 閲覧）
- (21) 松嶋（2009a2009b）によるとテリトリオは以下のように整理される。
- イタリア語では territorio, 「地域サービス」は servizio territoriale であり, 「地域精神医学」は psichiatria territoriale となる。territorio には「領土」「領域」「なわばり」「環境」といった意味があり、語幹に terra（土、土地、大地、耕地）が含まれているところからも、「土地に根ざす」という感覚がその基底にある。territorio の語には、政治的な含意のほかには生態学的かつ動物行動学的な意味をも含む。
- (22) 橋本明（2017）は、精神医療史のポイントの一つに法制度に関する連続と断絶を挙げている。「乱心者」処遇の近代史は江戸後期には始まっており、明治になり各府県が定めた瘋癲人取締規則の統一する形で精神病患者監護法（1900）が作られ、精神病院法（1919）を経て施設化を進める法的基盤は整備されたものの、精神衛生法（1950）以降になって施設建設が本格化した。こうした法制度の変化は帝国大学の研究教育基盤のもとで発展し、日本の精神病学形成と深くかかわっていると述べている。しかし日本精神医学会（1917）の設立や森田正馬の精神療法に開発にみられるように、日本の精神病学の形成には西欧の精神医学の受容だけに帰着できない展開があったとし、京都岩倉の精神病患者預かりのほかに、富山県大岩の日石寺の滝治療をとりあげ、精神病の人が集まる場所であったことに注目をしている。滝治療が成立する要件に患者、家族、旅館、患者の滝浴びを介護する強力、僧侶、駐在所巡査らが岩の自然地理的環境に支えられて治療の場所を形成したことを説明している。
- (23) 当事者研究の進め方において、問題と人との切り離しの作業が重要であるとしている。例として「爆発を繰り返す〇〇さん」が「爆発を止めたいと思って止まらない苦勞を抱えている〇〇さん」という理解にかわる（浦河べてるの家 2005）
- (24) べてるのメンバー曰く、病気を知り、病気の自分を知っていくことで「病気に依存している自分」に気づかされるという。幻聴のメンバーは幻聴にあれば悩まされていたのに、幻聴が和らいだ時期がありその時のことを「幻聴が和らぎ、雲の切れ間から日が差すようになった時の空虚さに、耐えられない」と語っている（四宮 2002-343）
- (25) 後（2017）によると 2016 年 5 月イタリアにおいて、サードセクターの包括的改革に関して政府に必要な立法の命令を発する権限を委任する法律が可決された。政府が「サードセクター改革に関する指針」を発表してからでも約 2 年間に要した困難な過程の成果であったとしている。この改革の目的は、(1) サードセクターの参加へと開かれた新しい参加型福祉国家を構築すること、(2) 社会的経済やサードセクターの固有の成長や雇用の潜在力を活かすこと、(3) サードセクターへの公的、私的な支援を安定化させ多様化すること、の 3 点が掲げられている。イタリアでは、社団、財団を制度化した 1942 年制定の民法を基礎としつつも、1980 年代末以降、多くの個別特別法によって NGO、

ボランティア活動団体、非営利組織、社会振興団体、社会的協同組合、社会的企業などの多様な制度が導入され、約 30 万団体といわれるサードセクター組織は、法人格、登録機関、税制などにおいて著しい混乱状態を呈してきた。この点は、1896 年制定の民法 34 条を基礎にしながら、戦後のさまざまな特別法によって各種公益法人を設立するとともに、さらに近年、特定非営活動法人や一般社団、公益社団、一般財団、公益財団などの新しい法人格をも追加してきた我が国の状況と共通である。イタリアのサードセクター改革の試みを検討することで、我が国のサードセクターの今後のあり方について多くの示唆が得られる。

【文献】

- 青木薫久『保安処分の研究 精神医療における人権と法』三一書房（1993）
- Basaglia, Franco 著、大熊、大内、鈴木、梶原訳『バザーリア講演録 自由こそ治療だ！—イタリア精神保健ことはじめ』岩波書店（2017）
- 橋本明「日本の近代精神医療史研究からの精神科臨床へのフィードバック」精神神経学雑誌 119: 870-876（2017）
- 橋本明『精神病者と私宅監置 近代日本精神医療史の基礎的研究』六花出版（2011）
- 堀川公平「精神科医療におけるスティグマ、アンチ・スティグマー『病院づくり』から『街づくり』の過程のなかで—」精神神経学雑誌 119: 665-671（2017）
- 石原孝二、河野哲也、向谷地編『精神医学と当事者』東京大学出版（2016）3-30
- 石川かおり、葛谷玲子「イタリアにおける地域精神保健医療システム」岐阜県立看護大学紀要第 12 巻第 1 号（2012）85-92
- 加藤 敏「精神科医が精神疾患に対して抱くスティグマー精神疾患に対する高次の了解の要請—」精神神経学雑誌 119: 672-685（2017）
- 金川英雄訳・解説、呉秀三『現代語訳 わが国における精神病に関する最近の施設』（2015）
- K.A.Huckshorn, 杉山直也他訳 “Reducing Seclusion and Restraint Use in Mental Health Settings Core Strategies for Prevention 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化—使用防止のためのコア戦略—” 精神科看護 Vol.37, No.8, 50（2010）
- 吉川経夫「保安処分と人権」ジュリスト 548: 61-66（1973）
- 国際法律家委員会「日本における人権と精神病患者」悠久書房（1986）
- 小池純子、森田展彰、針間博彦、中谷陽二「措置入院の現状に関する研究—医療観察法施行の影響に着目して—」精神経誌 111（11）：1345-1362（2009）
- 公衆衛生法規研究会編『精神衛生法詳解』中央法規（1979）
- M. ザネッティ、F. バルメジャーニ著、鈴木鉄忠、大内紀彦訳『精神病院のない社会をめざして バザーリア伝』岩波書店（2016）
- 松嶋健
- 「フランコ・バザーリアと『文化』 イタリアにおける脱制度化と民族精神医学」こころと文化 Vol.7, No.1（2008-a）19-33
- 「イタリアの例から バザーリアと制度を使った精神療法—脱施設化から脱制度化へ—」多賀茂、立脇康生編『医療環境を変える—「制度を使った精神療法」の実践と思想』京都大学学術出版会（2008-b）
- 「生成する『テリトリー』としての地域（前編）イタリアにおけるスローフード運動と精神保健改革運動の交差から」精神科看護 Vol.36, No.7（2009-a）
- 「生成する「テリトリー」としての地域（後編）イタリアにおけるスローフード運動と精神保健改革運動の交差から」精神科看護 Vol.36, No.8（2009-b）
- 「フランコ・バザーリアとイタリアの精神医療改革」札幌学院大学総合研究所 社会情報（2011）
- 「『社会』から『人間』へ—イタリアの精神医療改革が問うたもの」日本精神医学史研究 Vol.17-1（2013）

36-41

- 『プシコナウティカーイタリア精神医療の人類学』世界思想社（2014）
- 美馬達哉「精神病院に代わるもの—フランコ・パザーリアの精神病院廃絶の思想」『現代思想』38（3）：130-151（2010）
- 水野雅文
- 「改革15年後のイタリア精神医療事情—北イタリアの精神保健サービスの現状」『精神神経学雑誌』第98巻第1号27-40（1996）
- 「イタリアの精神医療改革」精神保健医療福祉改革研究のページ  
[http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikakuold/old/archive/vision/overseas\\_it.html](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikakuold/old/archive/vision/overseas_it.html)（2017.10.20 閲覧）
- 「イタリアの精神科入院制度」臨床精神医学44（3）（2015）
- 向谷地生良「べてるの人びと第1集」一麦出版（2008）186
- NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会『精神医療は誰のため？—ユーザーと精神科医との「対話」』（2015）174
- 中嶋裕子「イタリアの地域精神保健を支える思想と制度」精神保健福祉 Vol.42, No.4（2011）309-316
- 中谷陽二「司法精神医学の今日的課題—グローバルな視点から—」精神神経学雑誌114（4）：452-458（2012）
- 中谷陽二、蓮澤優「揺れ動くフランスの司法精神医療—最近の文献から—」精神神経学雑誌117：505-518（2015）
- 中村かれん著、石原孝二、河野哲也監訳『クレイジー・イン・ジャパン べてるの家のエスノグラフィ』医学書院（2014）
- 日本弁護士連合会（2014）「第57回人権擁護大会第2分科会基調報告書 海外視察報告 第2章イタリア」
- 日本精神神経学会法委員会「医療観察法の運用に関する指定入院医療機関向け調査および厚生労働省向け調査の報告」精神神経学雑誌116：458-474（2014）
- “Noi, sopravvissuti agli ospedali psichiatrici”: viaggio tra i malati usciti dagli Opg  
私たちは精神病院からの生存者 <http://www.confbasaglia.org/noi-sopravvissuti-agli-ospedali-psichiatrici-viaggio-tra-i-malati-usciti-dagli-opg/>（2017.10.1 閲覧）
- 岡上和雄「精神病の治療と社会保障」川上武、中川米造『医療制度』日本評論社（1972）190-202
- 岡田靖雄『差別の論理 魔女裁判から保安処分へ』勁草書房（1972）
- 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店（2008）
- 大熊一男編『精神病院はいらない：イタリア・パザーリア改革を達成させた愛弟子3人の証言』現代書館（2016）
- 大島一成、阿部又一郎「フランスにおける成人の精神科治療システムと法律—非自発的入院についての臨床的考察と提言—」精神神経学雑誌114（4）：396-407（2012）
- レンツォ・デ・ステファニ著、ヤコポ・トマーシ共著、花野真栄訳『イタリア精神医療への道：パザーリアがみた夢のゆくえ』日本評論社（2015）
- 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム「報告書～再発防止策の提言～」平成28年12月8日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000145268.html>（2017.10.20 閲覧）
- 佐久間啓「あさかホスピタルグループにおける共生社会実現に向けての展開」精神神経学雑誌119：658-664（2017）
- 精神保健福祉研究会『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規（2016）P67～69
- Stephen P. Hinshaw 著、石垣琢磨監訳、柳沢圭子訳『恥の烙印 精神的疾病へのスティグマと変化への道標』金剛出版（2017）
- シュミット、G., 半田文穂訳『自由こそ治療だ—イタリア精神病院解体のレポート』社会評論社（2005）
- シュラミット・ラモン、マリア・グラツィア・ジャンニケッダ編、川田誉音訳『過渡期の精神医療英国

- とイタリアの経験から』海声社（1992）
- 四宮鉄男『ベリーオーディナリーピープル とても普通の人たち 浦河べてるの家から』北海道新聞社 342-343（2002）
- 鈴木鉄忠「“二重の自由”を剥ぎ取る施設化のメカニズム—F. バザーリアの精神病院批判を手がかりに—」中央大学紀要社会学・社会情報学第 25 号（2015）
- 武内治郎、阪上優「有効なアンチ・スティグマ活動を展開するために—過去の文献レビューと自験例における予備解析結果から—」精神神経学雑誌 119: 650-657（2017）
- 浦河べてるの家「べてるの家の『当事者研究』」医学書院（2005）
- 後房雄「イタリアにおけるサードセクターの包括的改革とその背景—日本との比較のなかで—」RIETI Discussion Paper Series（2017）
- WHO メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020 翻訳：自殺予防総合対策センター（2014）
- 吉住昭「措置入院について、今思うこと」精神経誌 118（12）：865-865（2016）

【付記】

本稿はトヨタ財団 2015 年度研究助成プログラム（A）共同研究助成「多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築～政策類型化の比較を通して～」の研究成果の一部である。

（おがた ゆき 社会福祉学科）  
2017 年 10 月 31 日受理